

## Formulario de Información del Paciente

Fecha: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido

Nombre/Inicial

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre/Mujer

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Lenguaje Primario: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un tutor legal o un representante? Si/No

-Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

-Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Doctor/a Primario/a: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita con su doctor primario/a: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Hay algún familiar o otra persona con quien le gustaría que compartamos su información médica? Si/No

-Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Quién es responsable del pago? \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

### Información de Seguro Médico

Nombre de la Compañía de Seguro Principal: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono del Proveedor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Empleador/a: \_\_\_\_\_

Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía de Seguro Secundaria: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono del Proveedor: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Empleador/a: \_\_\_\_\_

Identificación de Miembro: \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluidos los medicamentos de venta libre y los suplementos a base de hierbas:

Nombre	Dosis	¿Con qué frecuencia lo tomas?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere todas las cirugías anteriores:

Tipo de Cirugía	Fecha de Cirugía
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere todas las hospitalizaciones anteriores, excepto las causadas por cirugía:

Motivo de Hospitalización	Fecha de Hospitalización
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historia Social**

Estado Civil:

\*Soltero/a      \*Casado/a      \*Divorciado/a      \*Viudo/a

Uso de Alcohol:

\*Si/No      \*Ya No Uso      \*Historia de Abuso del Alcohol: \_\_\_\_\_

-Tipo de Uso: \_\_\_\_\_ \*Ocasional: Si/No      \*Diariamente: Si/No

Uso de Tabaco:

\*Si/No      \*Ya No Uso      \*Historia de Abuso del Tabaco: \_\_\_\_\_

-Tipo de Uso/Cuantos Cigarros al Dia Fuma: \_\_\_\_\_ \*Ocasional: Si/No      \*Diariamente: Si/No

Ejercicio:

\*Si/No      \*Ocasional      \*Diariamente      \*Tipo de Ejercicio: \_\_\_\_\_

**Historia Familiar**

Tiene usted antecedentes familiares de: \*Diabetes      \*Cáncer      \*Cardiopatía      \*Hipertensión      \*Ataque  
\*Arteriopatía Coronaria      \*Enfermedad de la Tiroides      \*Artritis Reumatoide  
\*Otro Tipo: \_\_\_\_\_

## Tu Historial Médico

Alergias: (Ninguno/a) Medicamentos: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_  
Latex: \_\_\_\_\_ Yodo: \_\_\_\_\_  
Mariscos: \_\_\_\_\_ Otro Tipo: \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido uno de los siguientes:

- |                                  |   |                                      |
|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| -Reflujo Ácido: Si/No            | -Diabetes: Si/No                          | -Neuropatía: Si/No                   |
| -Anemia: Si/No                   | -Fibromialgia: Si/No                      | -Llagas Abiertas: Si/No              |
| -Artritis: Si/No                 | -Gota: Si/No                              | -Neumonía: Si/No                     |
| -Asma: Si/No                     | -Infarto de Miocardio: Si/No              | -Polio: Si/No                        |
| -Problemas de la Espalda: Si/No  | -Enfermedad/Insuficiencia Cardíaca: Si/No | -Fiebre Reumática: Si/No             |
| -Infecciones de la Vejiga: Si/No | -Hepatitis: Si/No                         | -Anemia Drepanocítica: Si/No         |
| -Sangrado Anormal: Si/No         | -VIH/Sida: Si/No                          | -Trastorno de la Piel: Si/No         |
| -Coágulos de Sangre: Si/No       | -Hipertensión: Si/No                      | -Apnea del Sueño: Si/No              |
| -Transfusiones de Sangre: Si/No  | -Nefropatía: Si/No                        | -¡Úlceras de! Estómago: Si/No        |
| -Bronquitis/Enfisema: Si/No      | -Enfermedad Hepática: Si/No               | -Ataque: Si/No                       |
| -Cáncer: Si/No                   | -Presión Arterial Baja: Si/No             | -Enfermedad de la Tiroides:<br>Si/No |
| -Dolores de Cabeza: Si/No        | -Prolapso de la Válvula Mitral!: Si/No    | -Tuberculosis: Si/No                 |

-----  
-Otras Condiciones (Explicar): \_\_\_\_\_

Enumere cualquier síntoma que haya tenido o tenga actualmente, incluyendo:

\*Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz, Garganta: \_\_\_\_\_

\*Respiratorio: \_\_\_\_\_

\*Cardiovascular/Hematológico/a: \_\_\_\_\_

\*Gastrointestinal: \_\_\_\_\_

\*Genitourinario/a: \_\_\_\_\_

\*Músculo Esquelético: \_\_\_\_\_

\*Neurológico/a: \_\_\_\_\_

\*Piel: \_\_\_\_\_

\*Psicológico/a: \_\_\_\_\_

**Lakewood Foot & Ankle Specialists**

**Dr.Patrick Wylie Burge & Dra.Courtney McClurkin**

**Consentimiento de Privacidad y Reconocimiento del Aviso de Privacidad Médica**

Este consentimiento es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 para informarle sobre sus derechos de privacidad con respecto a su información de atención médica.

**Consentimiento de su salud:** Yo, con mi firma, autorizo a los especialistas de Lakewood Foot & Ankle ya cualquier empleado/a que trabaje bajo la dirección del médico a brindar atención médica a mi o a este paciente del cual soy el tutor legal. Esta atención médica puede incluir servicios y suministros relacionados con mi salud (o la persona identificada) y puede incluir (pero limitado a) atención preventiva, diagnóstica, cuidados paliativos, asesoramiento, cirugía, dispensación de medicamentos, dispositivos, equipos u otros artículos requeridos y de acuerdo con una receta. Este consentimiento incluye el contacto y la discusión con otros profesionales de la salud para recibir atención y tratamiento.

**Consentimiento para la divulgación de información:** También autorizó a este consultorio a proporcionar información de la aseguradora(s) identificada(s) para cualquier actividad de pago. Asimismo doy mi consentimiento para su uso para cualquier necesidad operativa del consultorio, tal como se indica en el Aviso de Privacidad Médica.

**Consentimiento para la cesión de beneficios:** Doy mi consentimiento para asignar todos los pagos por estos servicios a esta práctica. **Entiendo que soy responsable de todos los copagos, montos aplicados a los deducibles y cualquier monto de coaseguro, según lo requiera mi contrato con mi plan de seguro y la regulación estatal.** Entiendo además que mi contrato con mi aseguradora puede o no cubrir algunos servicios. Es mi responsabilidad obtener información de mi plan de salud sobre la cobertura de estos servicios. Si yo busco atención médica fuera del contrato, soy consciente de que podría ser responsable de todos los cargos que se generen.

**Consentimiento y reconocimiento del aviso de privacidad médica:** He tenido la oportunidad de revisar el Aviso de Privacidad Médica como parte de este proceso de registro. Entiendo que los términos del Aviso de Privacidad pueden cambiar y que puedo obtener estos avisos revisados contactando al consultorio por teléfono o por escrito. Entiendo que tengo derecho a solicitar como se ha divulgado mi información médica protegida (PHI). También tengo derecho a restringir como se divulga esta información, pero este consultorio no está obligado a aceptar mis restricciones. Si acepta las restricciones sobre el uso de PHI, estará sujeto a dicho acuerdo.

**Firma del/de la Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Lakewood Foot & Ankle Specialists**

**Dr.Patrick Wylie Burge & Dra.Courtney McClurkin**

**Política Financiera de Nombramientos**

Si no se presenta a una cita programada, se crea un espacio disponible que podría haberse utilizado para otro paciente. Es muy importante que llame con 24 horas de anticipación para cancelar su cita. Si por alguna razón necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor notifique a nuestra oficina lo más pronto posible.

★ A los pacientes que lleguen 15 minutos tarde a su cita se les pedirá que la reprogramen o que esperen hasta que el horario les permita ser atendidos. El paciente también deberá pagar un cargo de \$25.00 en su cuenta.

★ Los pacientes que cancelen o reprogramen una cita para el mismo día deberán abonar un cargo de \$50.00 adicionales en su cuenta. Este cargo debe abonarse antes de programar otra cita.

★ El paciente que no llame para cancelar o reprogramar su cita (No Llamar, No Presentarse) tendrá un cargo de \$50.00 adicionales en su cuenta. Este cargo deberá abonarse antes de poder programar otra cita.

★ Se requiere que todos los pacientes tengan una tarjeta de crédito registrada en el sistema, la cual podrá ser utilizada para realizar cargos en cualquiera de las circunstancias mencionadas anteriormente.

Tenga en cuenta que si esto sucede 3 veces o más, se agregaran cargos adicionales al paciente a su cuenta o los proveedores pueden cancelar su suscripción a nuestra clínica.

Cualquier cargo adicional a su cuenta de paciente no se archiva en su compañía de seguros y es su responsabilidad pagarlo.

**Firma del/de la Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

Hasta donde yo sé, he respondido las preguntas de este formulario con precisión.  
Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligrosa para mi salud.  
Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico y al personal del consultorio  
sobre cualquier cambio en mi estado médico.

---

Escriba en Letra de imprenta el/ la Paciente, Padre o Tutor

---

Firma del Doctor/a

---

Si no es Paciente, Relación con el/la Paciente

---

Fecha

---

Firma

---

Fecha